

CoGiTO

Corsi per Giornalisti Tenuti Online

Le diseguaglianze di salute e le ricadute comunicative verso i cittadini

| | |
|--|-----------|
| Introduzione..... | 2 |
| La riscoperta delle disuguaglianze..... | 4 |
| Le disuguaglianze di salute: la storia..... | 7 |
| Status syndrome: gli effetti della gerarchia sulla salute..... | 10 |
| La biologia dello svantaggio sociale: stili di vita e stress..... | 11 |
| Le disuguaglianze di salute durante il corso della vita..... | 13 |
| Chi rischia di più?..... | 14 |
| Le differenze di salute fra paesi..... | 15 |
| La situazione in Italia..... | 21 |
| La salute durante la crisi economica..... | 23 |
| La salute dei migranti..... | 25 |
| Le politiche dell'equità..... | 27 |
| Media e disuguaglianze di salute..... | 30 |
| Sitografia..... | 31 |

Si ringrazia la World Health Organization, sede di Venezia, per i materiali e i suggerimenti

CoGiTO – anno 2, n.1, febbraio 2016

©Editore Zadig via Ampère 59, 20131 Milano
www.zadig.it - e-mail: segreteria@zadig.it
tel.: 02 7526131 fax: 02 76113040

Direttore: Pietro Dri
Autore dossier: Luca Carra
Revisione: Paolo Vineis (Imperial College, Londra),
Giuseppe Costa (Università di Torino)
Collaborazioni: Cristina Da Rold, Michele Bellone,
Tommaso Saita (redazione e web)

Introduzione

Reddito, occupazione ed educazione sono fattori decisivi per lo stato della salute delle persone. Al punto da poter stabilire una relazione chiara fra questi determinanti socioeconomici e gli anni vissuti in salute, la frequenza di malattie croniche e più in generale la longevità. Sono questi i cosiddetti “**determinanti sociali di salute**”, assurti da qualche anno alla ribalta della sanità pubblica e delle conseguenti politiche di salute.

“Lo status sociale, la posizione lavorativa, il reddito, il livello educativo, il capitale sociale, sono di fatto straordinari fattori prognostici dello stato di salute delle persone. Numerosi studi pubblicati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Mano a mano che si risale lungo la scala sociale questi stessi indicatori di salute migliorano secondo quello che viene chiamata la legge del gradiente sociale”, scrive Giuseppe Costa, epidemiologo dell’Università di Torino e coordinatore del libro [*L’equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*](#) (Franco Angeli, 2014).

In Europa, l’86% dei decessi è attribuibile alle **malattie croniche non trasmissibili**, che a loro volta determinano il 77% degli anni di vita in salute persi e il 75% dei costi sanitari, soprattutto in assistenza a lungo termine. Questa vera e propria epidemia, tipica di tutte le società sviluppate, si dettaglia a livello mondiale in malattie cardiovascolari (48%), tumori (21%), malattie respiratorie croniche (12%), diabete (3,5%) (*Global status report on non communicable diseases*, 2010. WHO). Normalmente, anche a livello giornalistico, la maggior parte di queste malattie e le conseguenti morti premature vengono attribuite a cause complesse (genetiche, ambientali, comportamentali), che hanno negli **stili di vita** insalubri le cause principali: alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, fumo, alcol. In realtà gli stili di vita, così come altri fattori di rischio, risentono fortemente dei determinanti sociali di salute, che vanno considerati cause ancora più profonde di molte malattie e della mortalità precoce. Sono queste le “**cause delle cause**”, ed è a esse che prioritariamente il sistema sanitario dovrebbe indirizzarsi se vuole contrastare efficacemente stili di vita scorretti e più in generale le diverse condizioni che portano a una riduzione della vita in salute delle persone in ragione del loro status socioeconomico.

La relazione fra **determinanti sociali**, malattie e **lunghezza della vita** è evidente. Qualche esempio? “Tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano più di 5 anni di svantaggio nella speranza di vita tra chi è rimasto in una posizione di operaio non qualificato rispetto a chi è approdato a una posizione di dirigente, con aspettative di vita progressivamente crescenti salendo lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce regolarmente con l’abbassarsi del titolo di studio; tra gli uomini fatto uguale a uno il rischio di un lutto, la mortalità cresce del 16% in chi ha raggiunto solo la maturità, del 46% in chi ha un titolo di scuola media e del 78% per chi ha fatto solo le elementari. Questo fenomeno si ripete anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, finire male a causa della malattia”. (Giuseppe Costa, *L’equità nella salute in Italia*)

Tale relazione lineare è stata osservata per la prima volta in modo sistematico nello studio britannico **Whitehall** agli inizi degli anni Settanta dello scorso secolo, e confermato da studi successivi in ogni parte del mondo. Lo status socioeconomico non influenza solo la probabilità di contrarre malattie croniche attraverso una maggiore propensione verso stili di vita scorretti, ma anche la probabilità di incorrere in incidenti e di contrarre malattie trasmissibili e di soffrire maggiormente di disturbi mentali. Via via che si scende nel gradiente socioeconomico, inoltre, diminuisce la capacità di adoperare al meglio le risorse assistenziali offerte dal sistema sanitario (competenza sanitaria); aumenta la probabilità di vivere in ambienti malsani e inquinati, così come di soffrire di condizioni croniche di stress che sono in grado di generare malattia anche senza l’intermediazione di altri fattori di rischio come il fumo e l’alcol.

Come ha affermato Michael Marmot, l’epidemiologo britannico che ha avviato questo nuovo filone di studi, “social inequality is killing on a grand scale” (la disuguaglianza sociale uccide su larga scala). Al punto che, sempre secondo Marmot, se tutta la popolazione britannica fosse al livello della popolazione laureata e benestante, si potrebbero risparmiare 200.000 morti premature all’anno, circa la metà delle mortalità totale nazionale.

La teoria dei determinanti sociali di salute costituisce dunque un nuovo e rilevante approccio ai temi di salute, che comporta diverse conseguenze:

- se morbosità e mortalità dipendono in maniera decisiva dallo status socioeconomico, l’azione in difesa della salute pubblica non può essere confinata all’ambito sanitario, ma deve investire tutte le politiche: dal

fisco ai trasporti, all'ambiente, al lavoro, all'educazione. Ogni nuova misura di governo (leggi, norme, regolamenti, investimenti, eccetera) andrebbe dunque sottoposta a uno screening rivolto all'equità e ai suoi risvolti sulla salute. Come sostiene l'Organizzazione mondiale della sanità nel suo documento strategico Health 2020, ciò significa considerare la **salute in tutte le politiche**;

- nel settore sanitario bisognerebbe orientare l'azione molto più decisamente verso la **prevenzione e la promozione della salute**, che attualmente utilizzano solo il 3% circa delle risorse complessive del budget della sanità (compresa la sanità veterinaria). Inoltre la prevenzione delle malattie croniche non dovrebbe concentrarsi solo sugli stili di vita in quanto tali, ma sui loro determinanti sociali. Senza questa consapevolezza - anche in termini di comunicazione - le politiche per migliorare gli stili di vita nella popolazione sono destinate a restare in gran parte inefficaci;
- il sistema sanitario italiano è caratterizzato da un'impronta universalista, nel senso che garantisce a tutti l'assistenza sanitaria essenziale in forma gratuita (con i limiti che vedremo). Riconoscere però che le opportunità di salute variano a seconda dello status sociale significa che il sistema dovrebbe orientarsi verso una forma di "**universalismo proporzionale**": continuare a garantire l'essenziale a tutti, ma con garanzie proporzionalmente crescenti verso chi ha meno opportunità sociali, professionali, educative ed economiche;
- il **sistema dell'informazione** è di primaria importanza per diffondere la consapevolezza sulle disuguaglianze di salute e dei modi per correggerle per quanto è possibile. Non solo rendendo conto del dibattito che si svolge a livello nazionale e internazionale sul tema, ma anche modificando l'approccio informativo ai temi di salute da una prospettiva solamente individuale basata sugli stili di vita a una prospettiva che tenga conto del condizionamento sociale dei comportamenti e delle diverse conseguenze - fisiche e mentali - dello status socioeconomico.

La riscoperta delle disuguaglianze

Le disuguaglianze sono tornate al centro del dibattito negli ultimi anni anche a causa della crisi economica, che tende ad approfondirle. Una serie di pubblicazioni importanti hanno diffuso anche presso il grande pubblico la consapevolezza di una crescente divaricazione fra ricchi e poveri. Lo stesso papa Francesco, nell'Enciclica *"Laudato si"*, dedicata all'ambiente, prende posizione sull'argomento: "Certamente ci deve preoccupare che gli altri esseri viventi siano trattati in modo non irresponsabile, ma ci dovrebbero indignare soprattutto le enormi disuguaglianze che esistono tra di noi, perché continuiamo a tollerare che alcuni si considerino più degni di altri. Non ci accorgiamo più che alcuni si trascinano in una miseria degradante, senza reali possibilità di miglioramento, mentre altri non sanno nemmeno che farsene di ciò che possiedono, ostentano con vanità una pretesa superiorità e lasciano dietro di sé un livello di spreco tale che sarebbe impossibile generalizzarlo senza distruggere il pianeta. Continuiamo nei fatti ad ammettere che alcuni si sentano più umani di altri, come se fossero nati con maggiori diritti".

Oltre al best seller *"Il capitale nel XXI secolo"* di **Thomas Piketty**, in cui si analizza il ritorno della prevalenza della ricchezza patrimoniale sul reddito da lavoro nel determinare le crescenti disuguaglianze nel mondo contemporaneo, molti altri libri sono stati pubblicati sul tema. In particolare, in Gran Bretagna ha avuto molto successo *"Inequality and the 1%"*, di **Danny Dorling**. La tesi del libro è che l'1% dei superricchi (con reddito superiore alle 250.000 sterline/anno) possiede il 15% della ricchezza nazionale (il 10% possiede il 50%), e così facendo toglie al restante 99% della popolazione le opportunità di avere un reddito adeguato. Il movimento dell'1% è nato negli USA durante la crisi esplosa nel 2007. La stampa internazionale ha dato grande risalto ai messaggi di questo movimento, inventando anche nuove visualizzazioni grafiche delle disuguaglianze, per meglio farle comprendere ai non esperti.

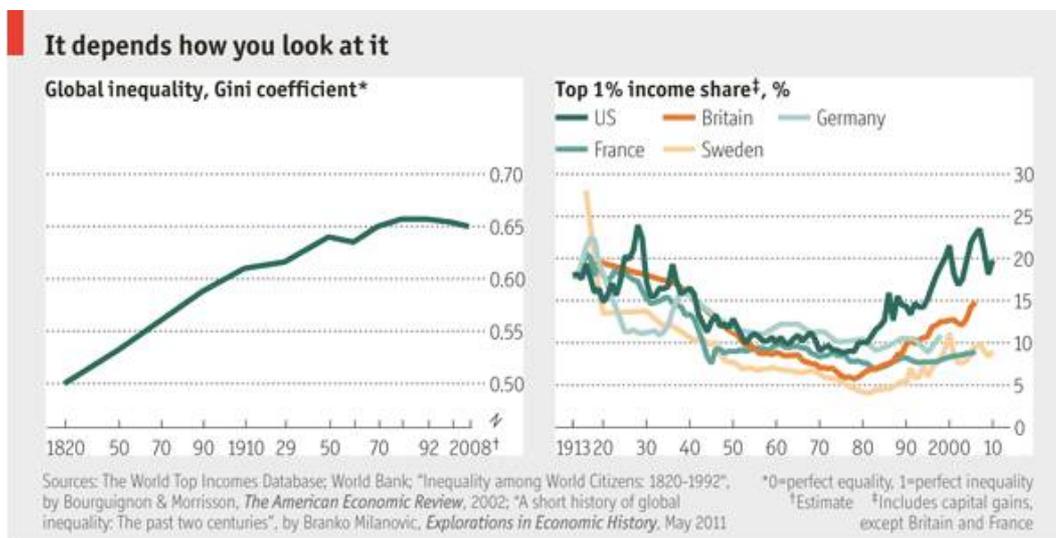
Figure 1.4: Liquid Wealth in the UK: inequalities in worth of disposable assets



Source: Dorling, D. (2011) Underclass, overclass, ruling class, supernova class. Chapter eight of A. Walker, A. Sinfield and C. Walker, (Eds.) Fighting Poverty, Inequality and Injustice, Bristol: Poverty Press http://www.dannydorling.org/?page_id=2446

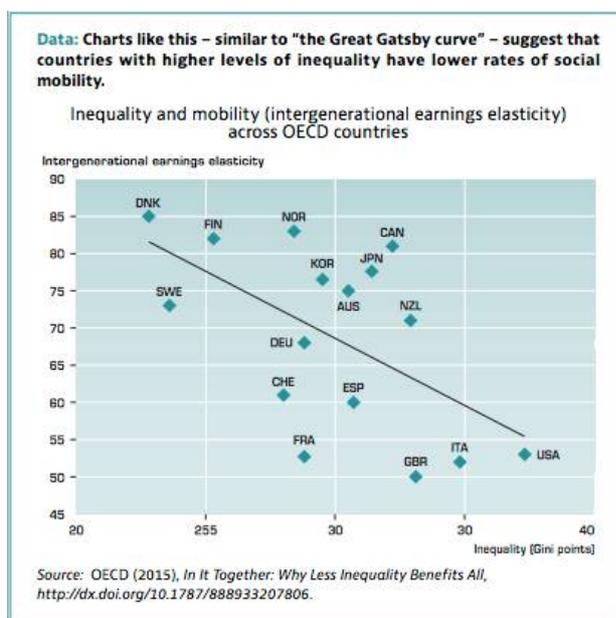
Anche il **Fondo Monetario Internazionale (FMI)** ha dedicato un recente Rapporto al fenomeno della disuguaglianza economica, definendola "una sfida per il nostro tempo. Nelle economie avanzate, il divario fra ricchi e poveri è al suo massimo da vari decenni a questa parte". La nuova direttrice di **The Economist**, Zanny Minton Beddoes, ha scritto in un recente report della rivista: "Il gap che cresce in molti paesi dovrebbe

preoccupare anche i plutocrati. Una ricerca del World Economic Forum di Davos ha identificato nella disuguaglianza il problema più pressante dei decenni a venire (insieme agli squilibri fiscali). In ogni settore della società, c'è un crescente consenso che il mondo sta diventando sempre più disuguale e che le disparità attuali e la loro probabile evoluzione sono molto pericolose”.



Nel due grafici riportati qui sopra, si vede una panoramica dell'evoluzione delle disuguaglianze. A sinistra, la progressione del coefficiente di Gini, misura molto utilizzata per le disuguaglianze. A destra, l'andamento temporale di quanto possiede in termini di ricchezza complessiva l'1% della popolazione più ricca in diversi paesi: dal 10% della Svezia (fra i paesi più equi) al 20% degli Stati Uniti.

Anche l'OCSE ha dedicato una recente rapporto alle disuguaglianze (Brian Keeley, *Income inequality. The gap between rich and poor*, 2015). Fra i molti dati emerge quanto la disuguaglianza fra ricchi e poveri (misurata in punti Gini) sia il principale ostacolo alla mobilità sociale all'interno dei vari paesi. L'Italia è fra i paesi con più disuguaglianza e meno mobilità fra le classi sociali, misurata in progressione dei salari (vedi figura).



Misurare le disuguaglianze

Il coefficiente di Gini, introdotto dallo statistico italiano Corrado Gini, è una misura della disuguaglianza di una distribuzione. È spesso usato come indice di concentrazione per misurare la disuguaglianza nella distribuzione del reddito o anche della ricchezza. È un numero compreso tra 0 ed 1. Valori bassi del

coefficiente indicano una distribuzione abbastanza omogenea, con il valore 0 che corrisponde alla pura eguaglianza, la situazione cioè in cui tutti percepiscono esattamente lo stesso reddito; valori alti del coefficiente indicano una distribuzione più diseguale, con il valore 1 che corrisponde alla massima concentrazione, ovvero la situazione dove una persona percepisce tutto il reddito del paese mentre tutti gli altri hanno un reddito zero. L'indice di Gini talvolta viene visualizzato in "punti Gini", in cui l'indice è moltiplicato per 100 (da 0 a 100).

Una risorsa utile per visualizzare efficacemente le differenze di ogni genere fra paesi (economiche, sociali, demografiche, sanitarie) è il sito **Gapminder** (<http://www.gapminder.org>), fondato dallo statistico svedese Hans Rosling).

Un sito da consultare per avere statistiche globali anche sulle disuguaglianze è l'OCSE (<http://www.oecd.org>). Da ricordare il rapporto di Brian Keeley, *Income inequality. The gap between rich and poor*, 2015. (<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/0115391e.pdf?expires=1452264026&id=id&accname=guest&checksum=9F19EC5B8D4894B16BE73AE0178FC0DA>)

A questo link <http://www.oecd.org/education/reducing-inequalities-and-financing-education-remain-key-challenges.htm> si trova invece un'utile ricognizione delle differenze di finanziamento dei sistemi educativi nell'area OCSE.

Per lavorare su statistiche europee il sito da consultare è **Eurostat**, l'agenzia europea di statistica (<http://ec.europa.eu/eurostat>). Anche qui, si trovano molti spunti sulle disuguaglianze.

Per le statistiche italiane, consultare il sito dell'**ISTAT**, nella sezione dedicata alle disuguaglianze (<http://www.istat.it/it/archivio/disuguaglianza>), con molti dati sulla povertà in Italia.

Le disuguaglianze di salute: la storia

La disuguaglianza economica e sociale si riflette come detto sulla salute della popolazione. Si può dire infatti che la speranza di vita alla nascita e la frequenza di malattie dipenda strettamente dalle condizioni sociali dell'individuo. Su questo ha ragionato la medicina e l'epidemiologia sociale nella sua lunga storia, fino alla più recente formalizzazione avvenuta nella seconda parte del Novecento.

Il primo a riconoscere nello sviluppo sociale ed economico distorto e nelle sue conseguenze sulla povertà una delle principali cause delle epidemie fu, nell'Ottocento, **Rudolf Virchow**, tra i padri della patologia cellulare. Dopo Virchow e per tutto il XX secolo, i progressi della medicina e la focalizzazione sul ruolo degli stili di vita hanno messo in ombra per molto tempo le radici socio-economico e ambientali della salute.

Il 1967 può essere considerato un punto di svolta nel campo della epidemiologia sociale. Prese il via in quell'anno infatti lo studio **Whitehall I**, rivolto a 18.000 dipendenti della pubblica amministrazione britannica seguiti per alcuni decenni nei loro esiti di salute. Perché Whitehall? Perché Whitehall è il nome di una via nel quartiere di Westminster dove si trovano i più rappresentativi uffici pubblici londinesi. I primi risultati dello studio avevano evidenziato già nei primi anni ottanta una impressionante corrispondenza fra la posizione nella gerarchia del lavoro e la mortalità. Contrariamente a quanto si pensava, non muoiono prima i manager per eccesso di stress. Al contrario, il tasso di mortalità per infarto e altre malattie di chi sta alla base della scala è quattro volte quello di chi sta in cima: una decina di anni la differenza di aspettativa di vita. E anche correggendo le statistiche di mortalità per i più comuni fattori di rischio associati a essa (obesità, fumo, poca attività fisica e tempo libero, pressione alta, precedenti malattie), chi aveva una posizione lavorativa inferiore continuava ad avere un rischio di mortalità precoce doppio rispetto a chi aveva un ruolo lavorativo superiore.

Con questo primo studio cadeva il mito secondo cui solo la povertà uccide anzitempo. Esiste piuttosto un **gradiente** lungo tutta la scala sociale che reclama il suo tributo in termini di mortalità a malattie. Michael Marmot, che per questi risultati fu nominato sir dalla regina nel Duemila e che ora presiede l'Associazione medica mondiale, aveva cominciato da apprendista epidemiologo in Whitehall I, per poi lanciare la seconda edizione dello studio nel 1985. Restava infatti da capire i motivi di questa corrispondenza e correggere alcuni difetti del primo studio. Il principale è che la prima edizione di Whitehall aveva arruolato solo uomini, quindi non poteva tener conto delle differenze di genere. Inoltre la correlazione doveva essere indagata non solo nei luoghi di lavoro ma anche nella vita domestica, nel vicinato, in tutta la società; bisognava capire l'effetto della disoccupazione e della precarietà dei nuovi contratti a termine, e indagare quanto pesavano gli stili di vita (fumo, alcol, sedentarietà) nelle differenze di salute fra strati sociali.

Whitehall II Dal 1985 al 1987 vennero così arruolati 10.308 funzionari provenienti da 20 dipartimenti della pubblica amministrazione londinese, di età compresa fra 35 e 55 anni, 3.413 donne e 6.895 uomini. Tutti vennero sottoposti a uno screening medico completo e a tutti fu chiesto di completare un questionario su abitudini di vita, famiglia e posizione lavorativa. E' da trent'anni che le stesse persone vengono seguite dal consorzio di ricerca che fa capo all'University College di Londra, che periodicamente sottopone questa coorte a nuovi esami. Whitehall II ha così raccolto una messe enorme di dati clinici e sociali che ha generato finora più di 500 articoli scientifici. Lo studio, la cui fine è prevista per il 2030, rappresenta una fotografia della qualità della vita dalla mezza età alla vecchiaia, di cui indaga anche la disparità nel declino fisico e cognitivo, e la presenza di obesità, diabete, depressione oltre al primo obiettivo delle malattie cardiovascolari. I risultati disponibili fino a questo momento hanno confermato per uomini e donne la dipendenza della durata della vita dalla posizione lavorativa. Hanno anche confermato due possibili spiegazioni complementari del perché ciò accada. Spiega Michael Marmot: "Davanti ai primi risultati di Whitehall era naturale chiedersi perché ci fosse questa incredibile correlazione. Mi rivolsi allora a una teoria elaborata dall'americano Robert Karasek e dallo svedese Tores Theorell, secondo i quali l'aumento di malattie e mortalità può essere spiegato con la combinazione di un'**alta domanda e un basso controllo**. Chi riveste incarichi inferiori nella gerarchia lavorativa deve svolgere certi compiti senza poter pienamente capire a cosa servono e senza poterli controllare in autonomia. (...) Quello che uccide anzitempo non è tanto e solo l'intensità del lavoro, ma la mancanza di controllo sul proprio lavoro, che poi si traduce in uno scarso controllo sulla propria vita".

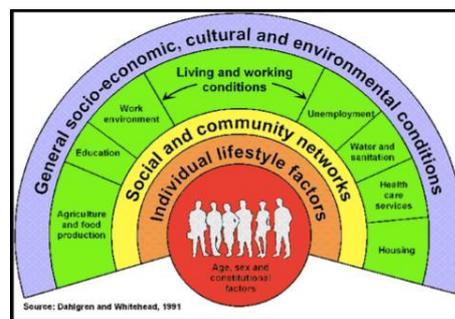
Analizzando i questionari e incrociandoli con i dati clinici acquisiti in più ondate di esami, si è scoperto in effetti che a un maggior controllo corrisponde una minore incidenza di malattie cardiovascolari, diabete, obesità, certi tipi di tumore, mal di schiena, assenze dal lavoro per malattia, depressione, infine mortalità preco-

ce. Nessun livello lavorativo è escluso dall'effetto che la gerarchia esercita sulla salute. Nel caso del rischio di infarto, esso aumenta di 2,5 volte fra la base e il vertice.

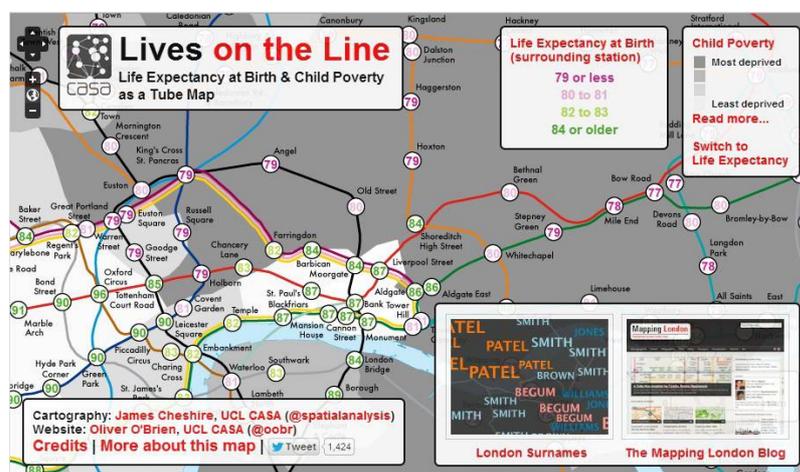
Il fenomeno può essere spiegato anche in termini di **equilibrio fra sforzo e ricompensa**, dove la ricompensa consiste nella stima dei colleghi, nell'avanzamento di carriera e nello stipendio. E' un fatto, per esempio, che gli attori che hanno vinto l'Oscar muoiono dopo gli attori che non l'hanno vinto. Stima e ricompensa sono potenti viatici di salute. Il reddito e la posizione lavorativa pure sono importanti e - secondo i risultati Whitehall II - più per la donna che per l'uomo. Anche l'ambiente di lavoro, la solidarietà e il supporto fra colleghi è stato analizzato da Whitehall II, che ha trovato una chiara relazione fra mancanza di supporto e scarse informazioni (in particolare da parte del capo ufficio verso i suoi sottoposti) e frequenza di sintomi depressivi, ipertensione e rischio aumentato di angina, anticamera dell'infarto. Vi è quindi, da quanto emerge da Whitehall II, anche un potente effetto autonomo rappresentato dallo stress conseguente alla posizione nella gerarchia sociale e lavorativa, capace di tradursi in malattia e mortalità precoce attraverso una serie di meccanismi fisiopatologici (vedi sotto).

Gli anni novanta e la **crisi finanziaria del 2007** hanno offerto nuovi spunti allo studio Whitehall II, che non ha perso l'occasione di misurare l'effetto sulla salute della crescente precarizzazione del lavoro e disoccupazione conseguenti alle privatizzazioni. A questo fine gli impiegati della Property Services Agency - licenziati in gran numero durante la privatizzazione avvenuta nel 1992 - sono stati messi a confronto con i funzionari degli altri 19 Dipartimenti, protetti dallo scudo pubblico. Di nuovo è stato osservato in queste persone un aumento della pressione arteriosa, un peggioramento della salute mentale e un ricorso maggiore ai servizi sanitari.

Whitehall II ha spostato progressivamente l'attenzione dal solo ambito lavorativo a **tutta la vita sociale**. Lo status e le disuguaglianze, infatti, risentono non solo della posizione lavorativa e del reddito, ma anche dell'educazione (forse l'indicatore più preciso dei determinanti sociali di salute), dell'ambiente di vita, del contesto delle relazioni sociali e di molti altri fattori di contesto (vedi grafico sotto).



Il divario di salute fra le persone non accenna a diminuire e può essere visualizzato anche sul territorio, per esempio spostandosi dal centro abitato dai ricchi alle periferie più povere. Partendo dalle fermate centrali della metropolitana londinese in direzione Est si osserva che a ogni stazione la speranza di vita della popolazione locale perde un anno. Le differenze - dell'ordine di più di dieci anni di vita - riguardano sia le diverse classi sociali all'interno dei paesi sia i paesi fra loro, come hanno via via precisato i report internazionali che si sono avvicinati nell'ultimo decennio.



Per approfondire

La storia dello studio britannico Whitehall è ben illustrato nel sito dell'ente coordinatore della ricerca (<https://www.ucl.ac.uk/whitehallII>). In esso si possono trovare anche tutti gli articoli scientifici prodotti nell'ambito del progetto (<https://www.ucl.ac.uk/whitehallII/publications>), nonché i principali filoni di ricerca.

Status syndrome: gli effetti della gerarchia sulla salute

Longevità, vita sana, incidenza di malattie: molto può essere ricondotto alle condizioni sociali in cui una persona nasce e cresce. C'è chi considera questo problema una nuova sindrome, come l'epidemiologo **Michael Marmot**, che alcuni anni fa la battezzò "**status syndrome**". Un altro epidemiologo che ha divulgato efficacemente gli effetti sulla salute delle disuguaglianze economiche e sociali è **Richard Wilkinson**, autore di numerosi libri e ricerche sul tema.

Lo svantaggio di status si manifesta fra chi vive una condizione di subalternità rispetto a chi ha più mezzi culturali e materiali per costruirsi un percorso di salute. Gerarchie di dominanza esistono in numerose specie sociali e la percezione della propria posizione in queste gerarchie, che per gli esseri umani è tipicamente determinata dallo status socio-economico, può influire notevolmente sulla qualità della vita e sul livello di salute, in particolare per quanto riguarda le malattie legate alle reazioni fisiologiche allo stress.

Fondamentale nel determinare il gradiente nel livello di salute non è tanto quello che una persona possiede in senso assoluto, quanto quello che una persona percepisce di poter fare con quello che possiede. Per esempio, i neri degli Stati Uniti hanno un reddito quattro volte superiore rispetto ai neri della Costa Rica o di Cuba. Ciononostante, i primi hanno un'aspettativa di vita di 9 anni inferiore rispetto agli altri. Di conseguenza, la differenza nell'aspettativa di vita non è correlata tanto e solo al reddito quanto a due fattori quali l'autonomia sulle proprie azioni e la possibilità di partecipare attivamente alla vita sociale, la cui assenza determina ansietà, insicurezza, isolamento, la propensione a comportamenti rischiosi e depressione. La **percezione di un controllo limitato** sul proprio destino agisce sulla salute attraverso una minore capacità di accesso alle risorse utili per la salute e attraverso il vissuto di subalternità e di mancato riconoscimento del proprio ruolo nella società. **Robert Sapolsky**, neuroscienziato dell'Università di Stanford, ha studiato le relazioni tra posizione nella scala gerarchica e stress anche nei **primati**, trovando che i rapporti di dominanza influenzano la capacità di un individuo di fronteggiare lo stress e la sua vulnerabilità alle malattie correlate. In particolare, per quanto riguarda i primati, lo stress può influenzare sia gli animali che si trovano in una posizione di sottomissione sia quelli dominanti in funzione dell'organizzazione sociale delle diverse specie e popolazioni.

Alcuni esperti però hanno **messo in dubbio la teoria**. E' il caso, per esempio, del premio Nobel per l'economia 2015 **Angus Deaton** che mette in dubbio che sia lo status a determinare la cattiva salute e non piuttosto la costituzione genetica a dare un vantaggio di salute che si traduce poi in successo sociale. Marmot ha confutato più volte questo rovesciamento che sembra richiamare vecchi assunti sociobiologici. Tutti gli **studi condotti su gemelli identici e su popolazioni di immigrati** costretti a cambiare stili di vita, alimentazione e organizzazione sociale (come i giapponesi emigrati negli Stati Uniti) mostrano infatti come sia la dimensione sociale a modificare il corso della salute che, a sua volta può retroagire sulla posizione sociale.

Per approfondire

I due testi divulgativi in cui Michael Marmot spiega la status syndrome e le disuguaglianze di salute sono: *Status Syndrome. How Social Standing Affects our Health and Longevity* (2005) e *Health Gap. The Challenge of an Unequal World* (2015).

Di Richard Wilkinson è interessante vedere la Ted Conference dedicata alle disuguaglianze di salute: https://www.ted.com/talks/richard_wilkinson?language=it Il suo libro più famoso è *The spirit level: why more equal societies almost always do better*, scritto insieme a Kate Pickett (2009).

La ricerca di Robert Sapolsky, pubblicata su *Science* nel 2005, si trova a questo link: <https://www.sciencemag.org/content/308/5722/648.abstract>

L'economista Angus Deaton (premio Nobel per l'economia nel 2015 ha spiegato le sue idee sulle disuguaglianze nel libro *La grande fuga*, Il Mulino, 2015 (<https://www.mulino.it/isbn/9788815257352>).

La biologia dello svantaggio sociale: stili di vita e stress

Che le differenze nello status socio-economico si traducano in disuguaglianze nella salute è noto da quasi cinquant'anni. Molti epidemiologi hanno studiato a lungo i diversi **fattori di rischio** chimici, fisici e comportamentali (come il fumo, il sedentarismo o l'obesità), giungendo alla conclusione che essi spiegano solo in parte l'impatto delle malattie croniche come tumori o disturbi cardiovascolari, che ogni anno uccidono più di 36 milioni di persone. Basti pensare che l'insorgenza di un'ampia porzione dei tumori alla mammella, al colon e alla prostata non è attribuibile a fattori di rischio noti, mentre le cause di diverse forme di handicap cognitivo sono in gran parte sconosciute. E' lo stesso status socioeconomico a costituire un vero e proprio fattore di rischio, che va a influire direttamente sulla salute di una persona.

Lo stress conseguente alla posizione nella gerarchia sociale e lavorativa può tradursi in malattia e mortalità precoce attraverso una serie di meccanismi fisiopatologici: dagli ormoni dello stress (rilascio aumentato di adrenalina e cortisolo) a marcatori di rischio cardiovascolare come la proteina C reattiva, allo stato di infiammazione cronica determinato dallo stress e alla cascata di eventi patologici che ne conseguono. A livello fisiologico, squilibri di questo genere sono in grado di stimolare reazioni neuroendocrine associate allo stress che, se cronico, può predisporre alla manifestazione di malattie metaboliche, come il diabete mellito o la malattia coronarica, somatiche e psichiche, o di disturbi immunitari con conseguente minore resistenza alle malattie. In sostanza, lo stress cronico e i meccanismi neuroendocrini e psicosociali che attiverrebbe sarebbero all'origine del rischio graduale di disuguaglianze sociali anche nella salute: rischi maggiori per chi si colloca all'estremo più basso della scala socioeconomica, o per chi svolge un'attività lavorativa che non prevede il diretto **controllo delle proprie azioni**, e via via rischi gradualmente sempre minori salendo lungo la scala.

Conferme sull'importanza della possibilità di autocontrollo delle proprie azioni arrivano, per esempio, da un recente studio di Gary Sherman, psicologo dell'Harvard Kennedy School. I ricercatori hanno reclutato dai corsi di aggiornamento per manager del governo e dell'esercito presso l'università di Harvard 148 persone con funzioni manageriali e 65 persone con ruoli subordinati. Sono stati valutati due indicatori di stress: un indicatore psicologico, il livello di ansia percepito dai soggetti coinvolti, e un indicatore fisiologico, il livello di cortisolo presente nella saliva. Dai risultati è emerso che chi si trova in una posizione di comando è meno stressato di chi non lo è. Gli autori hanno osservato livelli di ansia diversi persino tra i manager stessi, per cui quelli nella posizione di maggiore comando e con più subordinati percepiscono e manifestano livelli di stress significativamente inferiori rispetto ai dirigenti che si trovano in posizioni inferiori e con un numero inferiore di subordinati.

Un altro studio che ha mostrato come le condizioni socioeconomiche possano tradursi in uno svantaggio biologico è stato condotto da Paolo Vineis e Silvia Stringhini. Analizzando una coorte di popolazione italiana, i ricercatori hanno posto in relazione lo status socioeconomico (identificato con il ruolo lavorativo di ogni singola persona e del padre) con alcuni geni collegati ai processi infiammatori. La ricerca ha messo in luce come più si scende nella scala sociale, maggiori sono le modifiche epigenetiche responsabili della risposta infiammatoria, che a lungo termine è coinvolta nello sviluppo del tumore alla mammella o del colon. Su questi studi biochimici ed epigenetici si sta ora concentrando la nuova generazione di studi, come il progetto europeo Lifepath.

Per approfondire

Sulla nascita del concetto moderno di **stress** come risposta adattativa si veda il testo di Hans Selye *The stress of life* (1956) (tr. it. *Stress e vita*, Tecniche nuove).

Su **stress e leadership** si veda: Sherman G, et al. *Leadership is associated with lower levels of stress in Proceedings of the National Academy of Sciences* (2012).

Su **condizioni sociali ed epigenoma** si veda: Vineis P, Stringhini S. *Life-course socioeconomic status and DNA methylation of genes regulating inflammation in Int J Epidemiol* 2015;44:1320-30.

Sul **progetto Lifepath** si veda: <http://www.lifepathproject.eu>

Cose da sapere

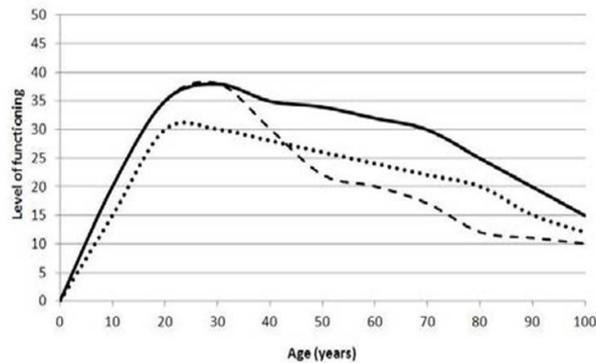
Cortisolo: è un ormone prodotto dalle ghiandole surrenali che viene sintetizzato su stimolazione dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) prodotto dall'ipofisi, a volte associato allo stress. La sua azione principale consiste nell'indurre un aumento della glicemia. Ha anche una funzione antimmunitaria e contrasta l'infiammazione.

Epigenetica: studia tutte le modificazioni ereditabili che variano l'espressione genica pur non alterando la sequenza del DNA. L'ambiente fisico e sociale possono alterare l'epigenoma mutando l'espressione dei geni (silenziandoli o attivandoli) ma senza modificarli nella loro struttura.

Infiammazione cronica: si tratta di un processo di lunga durata in cui coesistono l'infiammazione attiva, la distruzione dei tessuti e i tentativi di riparazione. E' coinvolta in molte malattie: diabete, malattie cardiovascolari, tumori.

Le disuguaglianze di salute durante il corso della vita

Lo stato di salute si costruisce in modo dinamico dal momento della nascita (forse anche in utero) lungo tutto il corso della vita. Al punto che si può raffigurare la vita come una “curva” composta da due fasi principali: un periodo di costruzione (**build-up**) e un periodo di “**declino**” (vedi figura sotto). La prima fase - dalla nascita alla fine dell’adolescenza - è la più sensibile ai condizionamenti sia biologici sia sociali. Essere esposti in questa prima fase a circostanze socioeconomiche svantaggiate può influire negativamente sull’andamento successivo della vita, determinando una parabola discendente più o meno accentuata, che si paga con una minore lunghezza della vita e l’occorrenza di più malattie.



La figura si compone di una linea continua che rappresenta l’andamento ideale del corso della vita in salute. La linea a puntini rappresenta una crescita condizionata pesantemente da fattori socioeconomici che non consentono uno sviluppo pieno delle proprie potenzialità di salute, e a cui corrisponde un declino lento; la linea tratteggiata rappresenta una fase di crescita normale seguita da una fase di declino più marcato, perché condizionato da una esposizione a circostanze sfavorevoli.

Chi rischia di più?

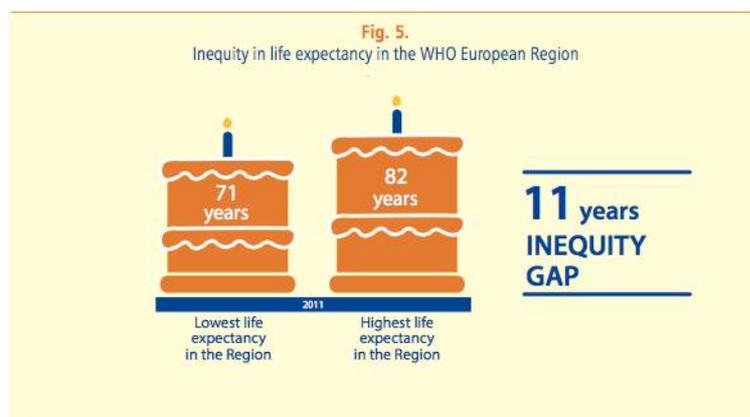
Le disuguaglianze di salute riguardano l'intera popolazione, dai più poveri ai più privilegiati. Tuttavia alcune categorie di individui sono più vulnerabili e risentono maggiormente di meccanismi di esclusione sociale che amplificano ricadute negative di salute:

- **I disoccupati.** La cattiva salute porta ad allontanarsi dal lavoro e allo stesso tempo la disoccupazione è causa di cattiva salute.
- **I disabili.** Chi è disabile ha bassi redditi, minori opportunità di occupazione, partecipazione politica e legami sociali. I disabili, come dimostrato da studi comparativi tra Paesi europei, subiscono anche esperienze di discriminazione e hanno una maggiore difficoltà di accesso ai servizi sociali e sanitari.
- **Gli infermi mentali.** La malattia mentale è una delle principali cause di esclusione sociale ed è legata maggiormente ai gruppi più svantaggiati e marginalizzati. Tra il 25% e il 50% della popolazione sperimenta problemi di salute mentale, dai più comuni (ansia e depressione) ai più complessi (psicosi). Chi soffre di malattie mentali ha una rete di relazioni sociali meno numerosa e di minore qualità, vive in aree urbane deprivate e ha difficoltà di accesso al lavoro.
- **Gli stranieri.** Esiste una stretta relazione fra appartenenza a una minoranza etnica e disuguaglianze economiche, segregazione territoriale, razzismo e discriminazione, problemi di cittadinanza e diritti. Secondo gli studi, la maggior parte delle differenze di salute tra gruppi etnici è riconducibile alle disuguaglianze socioeconomiche. Nonostante le differenze fisiche e biologiche fra i diversi gruppi, non sono mai state provate differenze di salute riconducibili a basi genetiche. Inoltre, risiedere in aree svantaggiate produce conseguenze negative per la salute.
- **I senza casa.** La condizione di “senza casa” è fortemente legata a problemi di tossicodipendenza, alcol, salute mentale o a una combinazione di tali esperienze. Chi dorme all'addiaccio o in ricoveri per lunghi periodi ha una salute molto peggiore rispetto alla media (presentando, fra le altre cose, epatite, cattivo stato di piedi e denti, problemi respiratori, malattie della pelle, problemi digestivi). I tassi di mortalità dei senza casa sono cinque volte maggiori rispetto a coloro che hanno la medesima età nella popolazione. La loro situazione è inoltre aggravata dal difficoltoso accesso e utilizzo dei servizi sanitari.
- **I monogenitori.** Essere monogenitori è spesso correlato a una condizione socioeconomica svantaggiata. Il disagio delle famiglie monogenitoriali coinvolge anche i bambini: quelli vissuti in povertà hanno un peggiore esito scolastico, maggiori probabilità di avere problemi con la giustizia, di essere disoccupati e di avere salari bassi. I monogenitori hanno peggiori condizioni fisiche e psicologiche, causate dalla privazione materiale e psicosociale: vivono in abitazioni inadeguate, in quartieri esposti a violenza, adottano stili di vita dannosi per la salute e risentono della mancanza di un sostegno sociale. Esiste, inoltre, una relazione fra essere genitori soli e avere una bassa istruzione e qualificazione professionale.
- **I poveri.** Essere poveri influenza gli stili di vita e la salute. L'attuale crisi economica colpisce in particolare i più giovani, a forte rischio di disoccupazione. La povertà costituisce un forte fattore di stress e cattiva salute mentale. La disoccupazione aumenta la probabilità di rottura e di separazioni fra coniugi e partner e quindi anche i rischi di povertà e di cattiva salute.
- **Gli anziani poveri.** Gli anziani sono una fascia di popolazione particolarmente esposta alla povertà. Il calo di reddito avviene soprattutto in coincidenza del passaggio dal lavoro alla pensione e della morte del coniuge. Hanno maggiori tassi di povertà gli individui che non sono mai stati sposati, quelli che non hanno una casa di proprietà e gli ultraottantenni. Fra gli anziani, le relazioni fra disuguaglianze e salute sono molto accentuate, in particolare fra i gruppi di bassa posizione sociale.

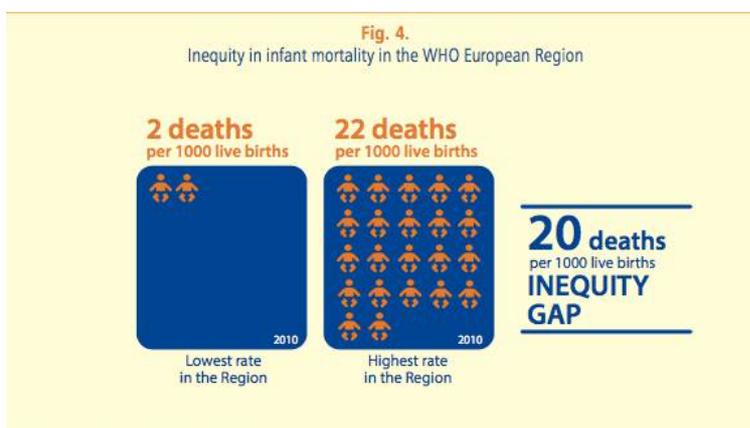
(tratto da: Sintesi di AAVV, *L'equità nella salute in Italia*. In www.disuguaglianzedisalute.it)

Le differenze di salute fra paesi

Si è visto che i “**determinanti sociali**” sono formidabili fattori prognostici della salute delle persone. Il gap di esiti di salute si percepisce chiaramente nel più recente Report dell’Organizzazione mondiale della sanità (*The European Health Report 2015*), ed è ben riassunto da queste due figure:



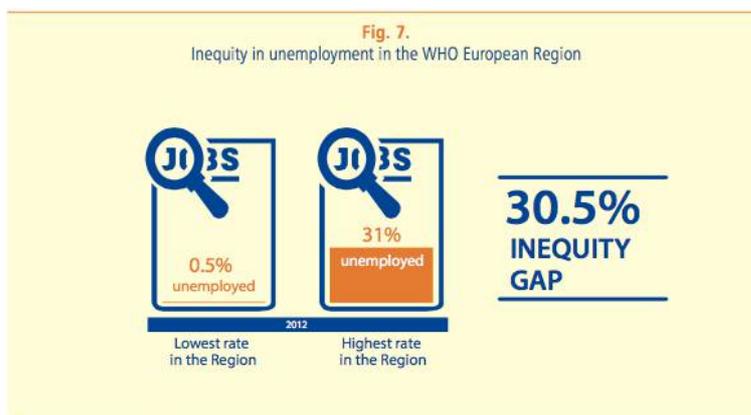
Source: European Health for All database (7).



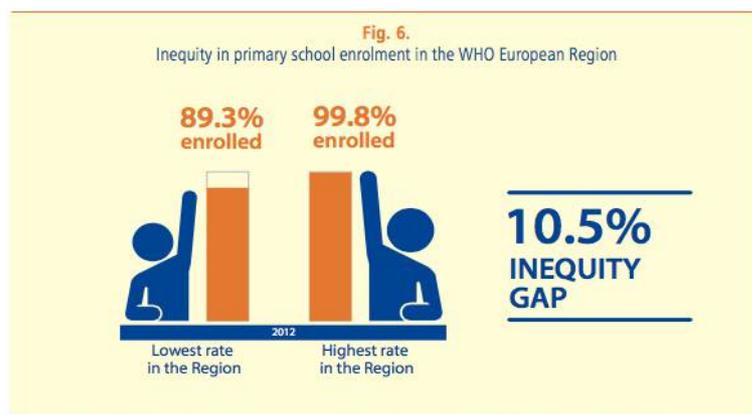
source: European Health for All database (7).

La prima mostra che - nei 53 paesi che fanno parte dell’area europea dell’OMS (oltre ai 28 dell’Unione Europea, i paesi dell’Est europeo) - il divario di aspettativa di vita è di 11 anni: da 71 anni a 82 anni. Un altro indicatore significativo delle diverse condizioni di salute pubblica in questi paesi è la mortalità infantile: da 2 su 1.000 nati a 22 su 1.000 nati.

Queste differenze dipendono da molti fattori: lo sviluppo economico, l’occupazione, la scolarizzazione, e altro ancora. In effetti, anche su questi indicatori le differenze sono significative e vanno in parallelo con gli esiti di salute. Fra gli altri, il tasso di disoccupazione e le iscrizioni alle scuole dell’obbligo variano ancora molto fra il blocco dei paesi occidentali e quelli orientali.

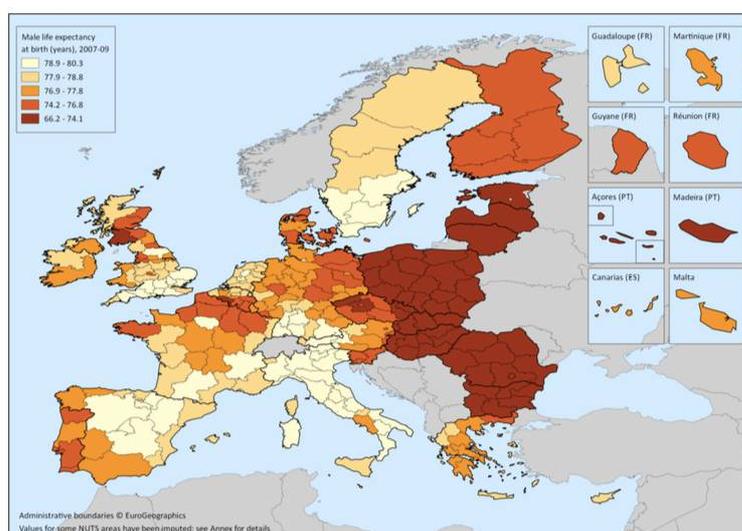
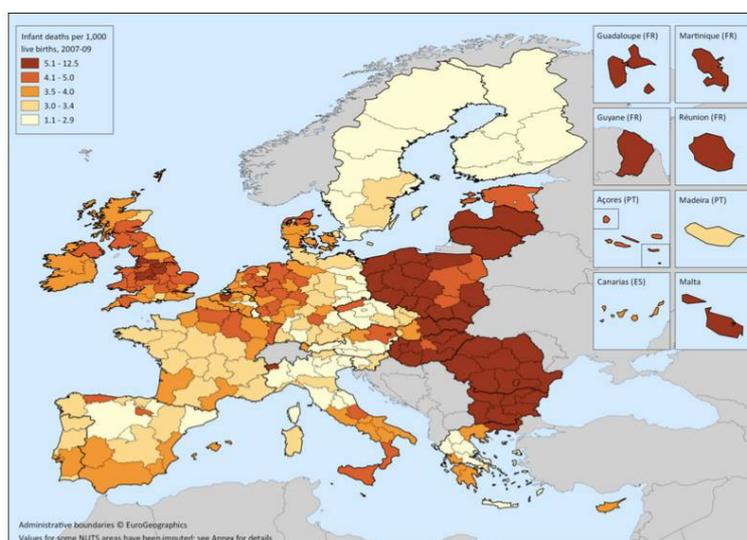


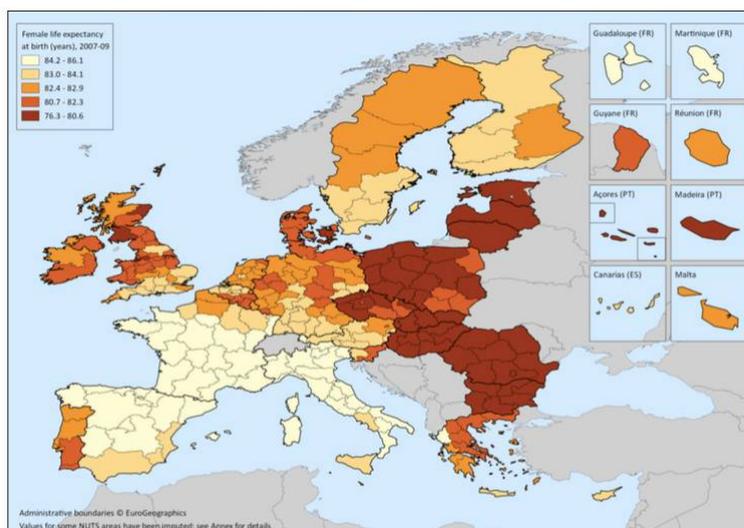
Source: European Health for All database (7).



Source: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics (8).

Dati simili, ma meno accentuati, si riscontrano nel più recente *Rapporto sulle disuguaglianze di salute nella Unione Europea (2013)* - dove si considerano i 28 Paesi aderenti all'UE. Le differenze di salute, per quanto minori rispetto all'area europea OMS di 53 paesi, sono ben visibili dalle mappe riportate qui sotto: Questa mappa mostra la differenza nella mortalità infantile nei 28 Paesi dell'UE, che va da 1,1 morti per 1.000 nati a 12,5 morti per 1.000 nati.

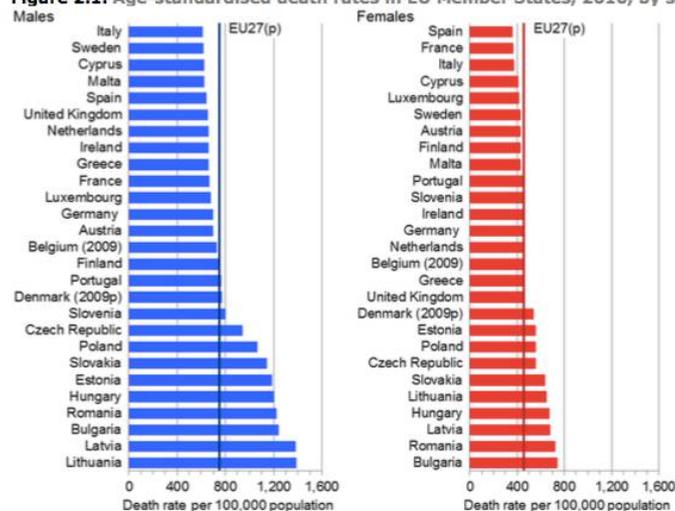




Le mappa sopra riportata e l'ultima di pagina precedente mostrano invece la differenza (ancora notevole) della speranza di vita alla nascita fra i paesi europei, che nei maschi varia da 66,2 anni a 80,3, mentre nelle femmine varia da 76,3 a 86,1.

Grandi disparità permangono anche analizzando i tassi di mortalità (maschi e femmine) nei diversi paesi dell'Unione.

Figure 2.1. Age-standardised death rates in EU Member States, 2010, by sex



(p) Provisional.
 Figures for Belgium and Denmark are for 2009.
 Other countries participating in the EU health programme:
 • males: Iceland (2009) 604.2, Norway 646.5, Liechtenstein 591.2, Croatia 1028.7;
 • females: Iceland (2009) 422.0, Norway 438.8, Liechtenstein 397.9, Croatia 615.7.
 Source: Eurostat database, [hlth_cd_asdr](#) (17), last accessed 23 may 2013.

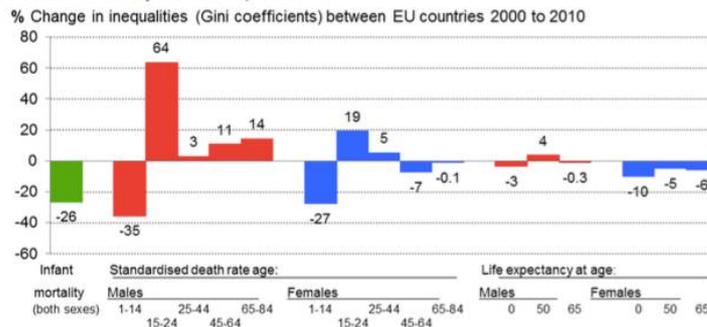
Table 2.1. shows the pattern of mortality rates by age and sex. While the ordering of Member States based on age specific mortality rates varied slightly, the broad patterns described above were apparent at most ages.

Ciò detto, il Rapporto dell'Unione Europea mostra come nei dieci anni considerati (2000-2010), le cose stanno lentamente mutando, anche se non sempre in meglio.

Fra il 2000 e il 2010, la disuguaglianza nell'aspettativa di vita alla nascita fra i paesi UE è scesa del 10% per le donne e del 3% negli uomini. Nei bambini, il peso delle disuguaglianze nella mortalità si è andato riducendo in tutti i paesi europei. Viceversa la differenza fra paesi UE nella classe di età 15-24 è aumentata dal 2003. Questo perché il tasso di mortalità nei paesi caratterizzati da un basso tasso di mortalità ha continuato a scendere, mentre nei paesi con tasso di mortalità sopra la media, la mortalità o si è stabilizzata o ha continuato a salire leggermente. La differenza fra i maschi è stata superiore a quella delle femmine. Fra il 2000 e il 2010, l'indice di disuguaglianza fra le persone di questa classe di età è aumentata, rispettivamente del 64%

fra i maschi e del 19% fra le femmine. Nello stesso periodo, l'indice di disuguaglianza è rimasto pressoché stabile nella popolazione fra i 50 e i 56 anni di età.

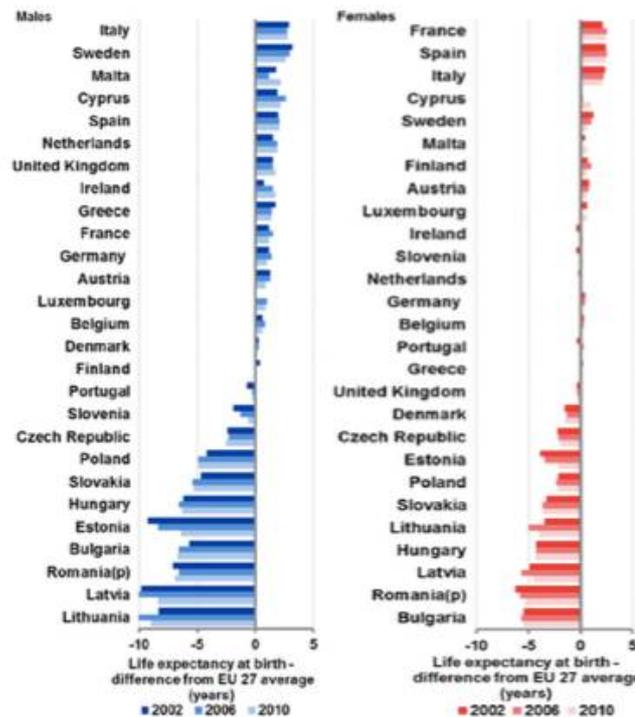
Figure 2.16. Percentage change in inequalities between EU Member States for selected mortality indicators, 2000–10



In altre parole, le **disuguaglianze di salute sono di intensità variabile**. Studi sull'andamento temporale hanno mostrato come le disuguaglianze in Europa si stiano riducendo in senso assoluto (i più poveri hanno beneficiato di una riduzione di mortalità più alta di quella dei più ricchi, partendo da una condizione più svantaggiata) e si stiano allargando in senso relativo (aumenta il rapporto tra rischio di morte dei più poveri rispetto a quello dei più ricchi).

Si nota inoltre come in alcuni paesi i principali indicatori di salute abbiano andamenti diversi nel tempo. E' il caso per esempio della evoluzione della speranza di vita alla nascita, come mostra il grafico qui sotto, che confronta il progresso o il regresso degli anni di aspettativa di vita negli anni 2002, 2006 e 2010, per sesso:

Figure 2.9. Difference between life expectancy at birth in EU countries and the EU average, 2002, 2006 and 2010, by sex



Countries are ranked by sex-specific life expectancy in 2010.

(p) 2010 figures for the EU-27 and Romania are provisional.

Other EU health programme countries – difference from EU-27 average in 2002, 2006, 2010:

• males: Iceland 4.1, 3.7, 2.8; Norway 1.9, 2.4, 2.0; Liechtenstein 2.6, 3.1, 2.5;

Croatia - 3.3, - 3.3, - 3.5;

• females: Iceland 1.6, 0.9, 1.2; Norway 0.7, 0.9, 0.4; Liechtenstein 1.4, 1.1, 1.4;

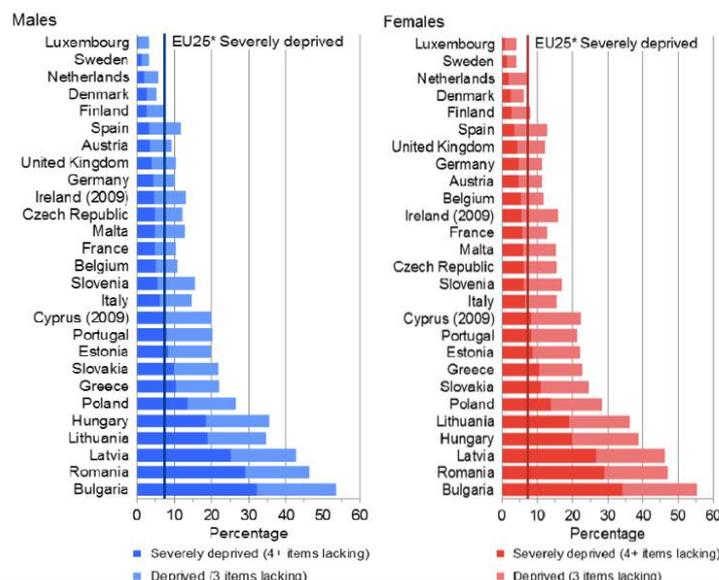
Croatia - 2.6, - 2.7, - 3.0.

Source: Eurostat database, [demo_mlexpec](#) (20), last accessed 3 June 2013.

Salta agli occhi, in tutti i parametri considerati prima, la **buona performance dell'Italia rispetto agli altri paesi**. In generale, gli italiani appaiono essere fra i più sani e longevi d'Europa. Questo non significa che anche in Italia le disuguaglianze socioeconomiche non creino notevoli differenze di salute fra le persone.

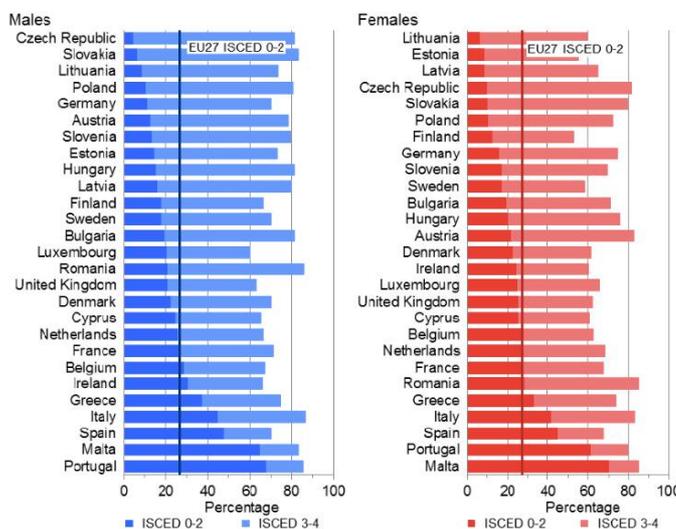
Peraltri altri dati contenuti nel rapporto UE mostrano come l'Italia non derivi questo suo stato relativamente migliore da una minore presenza di disparità di reddito ed educazione rispetto agli altri paesi. Anzi. Come mostra la figura qui sotto, l'Italia ha un tasso di povertà (deprivazione) superiore a molti altri paesi:

Figure 3.7. Age-standardised percentage of people aged 25 and over by severity of material deprivation, EU Member States, 2010, by sex



La situazione non migliora se si considera la percentuale di popolazione che ha terminato gli studi universitari (educazione terziaria), che in Italia è molto bassa:

Figure 3.6. Age-standardised percentage of people aged 25–64 with less than tertiary (university-level) education, EU Member States 2011 by sex



Anche paesi in gravissima difficoltà economica e caratterizzati da profonde e crescenti disuguaglianze come la Grecia, le condizioni di salute sembrano essere migliori di paesi con maggior giustizia sociale. Vi sono evidentemente altri fattori (come la collocazione geografica, il clima, l'alimentazione, la coesione sociale, il tipo di sistema sanitario) che agiscono sulla salute.

Come si spiega nel libro *L'equità nella salute in Italia*, "Da un punto di vista geografico in Europa si osservano disuguaglianze più moderate nei paesi mediterranei, intermedie nell'Europa continentale e del Nord e molto più intense nell'Europa dell'Est; mentre in Italia esse sono più intense nelle regioni del Sud che in quelle del Nord. Disuguaglianze di salute variabili nel tempo e nello spazio ci dicono che c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, cioè che sono evitabili".

Per approfondire

Per le statistiche sulla salute a livello mondiale si veda *The European Health Report 2015*, WHO (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/ehr2015>)

Per le disuguaglianze nell'Unione Europea si veda: *Eu Health Inequalities*, 2013 (http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf)

Cose da sapere

Mortalità (tasso grezzo): Il rapporto fra il numero dei decessi in un periodo di tempo e la popolazione osservata nello stesso periodo.

Mortalità (tasso standardizzato): Rappresenta il valore che avrebbe assunto il tasso grezzo di mortalità se la popolazione in studio avesse una distribuzione della variabile per la quale si standardizza uguale a quella della popolazione di riferimento. Se per esempio bisogna confrontare la mortalità fra due paesi (che hanno popolazioni con una diversa distribuzione di età) bisogna standardizzare per renderle comparabili. Lo stesso se si vuole confrontare i tassi di mortalità dello stesso paese in due epoche diverse.

Mortalità infantile (tasso di): è il tasso di mortalità entro il primo anno di vita. Si calcola rapportando il numero dei bambini morti entro un anno solare al numero dei bambini nati vivi nello stesso anno, e quindi moltiplicando il risultato per mille.

Incidenza: Numero di nuovi casi di malattia diagnosticati in un certo periodo di tempo (per esempio: un anno) in una popolazione.

Prevalenza: Rapporto tra numero di soggetti che ha una particolare condizione o malattia in un intervallo di tempo definito e il numero totale dei soggetti della popolazione di riferimento nel tempo considerato.

Speranza di vita: è il numero medio di anni che un individuo di una data età si aspetta di vivere se gli attuali tassi di mortalità continuano inalterati. Poiché cambiano (di solito calano), la speranza di vita che un 85enne ha oggi è ben diversa da quella che aveva alla nascita. Per le statistiche sanitarie si utilizza spesso la speranza di vita alla nascita (che dipende strettamente dal tasso di mortalità infantile). Combinata con l'indice di mortalità infantile, rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione.

La situazione in Italia

L'Italia ha notevoli **disuguaglianze di salute**, anche se minori di altri paesi. Se in Italia si potessero eliminare le disuguaglianze di mortalità tra le persone più istruite e quelle meno istruite si stima che si verificherebbe un possibile risparmio di più del 25% delle morti tra gli uomini e più del 10% tra le donne. Lo stesso genere di simulazione si potrebbe fare tra ricchi e poveri o tra operai e dirigenti. Si tratta, a parte ovviamente l'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione.

Tra le **cause di morte** più correlate a un livello inferiore d'**istruzione** ci sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori del sistema digerente e respiratorio.

Tra gli uomini dai 25 ai 64 anni, il rischio di morte dei meno istruiti è più del doppio di quello osservato tra coloro che hanno un'istruzione più elevata. Il **lavoro manuale** è associato a un significativo aumento del rischio di morte, del 60% superiore rispetto ai lavoratori non manuali.

Nelle **donne**, il rischio di decesso di coloro che vivono in condizioni abitative critiche è molto più elevato di chi vive in una casa grande.

I più recenti dati ISTAT sulla salute confermano che, al 2012, le differenze di salute in Italia continuano a presentare un **gradiente geografico Nord-Sud** a causa della concentrazione di condizioni di povertà nel Mezzogiorno e della minore capacità delle regioni del Sud di moderare l'impatto di tali disuguaglianze di salute.

Le disuguaglianze si riproducono anche nei **percorsi assistenziali**. Esse possono riguardare l'accesso a interventi efficaci e appropriati e l'esito delle cure. In generale, le persone di stato sociale più svantaggiato:

- si espongono a maggiori rischi perché hanno una minore attitudine ai controlli;
- hanno un grado minore di adesione agli interventi di prevenzione;
- fanno un uso meno appropriato delle strutture sanitarie (più interventi inutili);
- rispondono meno bene alle cure e hanno una mortalità più elevata.

Ecco alcuni esempi (dal libro *L'equità nella salute in Italia*):

- trattamenti medico-chirurgici: si è osservato che fra i meno abbienti vi è una probabilità di ricovero ospedaliero maggiore rispetto ai più ricchi per quanto riguarda le patologie croniche, come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, l'angina pectoris, lo scompenso cardiaco, l'asma bronchiale e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Per queste condizioni l'ospedalizzazione è considerata evitabile attraverso un'adeguata attività di prevenzione e diagnosi precoce;
- tumori: le persone con bassa scolarità hanno minore probabilità di sopravvivenza, in particolare per tumori operabili e con prognosi migliore se diagnosticati tempestivamente;
- malattie cardiovascolari: si registrano maggiori complicazioni post operatorie e mortalità a breve termine in seguito a interventi cardiovascolari in elezione (bypass aortocoronarico, sostituzione valvolare, endoarteriectomia carotidea, bypass vascolari maggiori, ripartizione di aneurisma aortico non rotto);
- ortopedia: uno studio condotto a Torino, Milano, Bologna e Roma negli anni 1997-2000 ha riscontrato l'esistenza di differenziali socioeconomici negli esiti nei 90 giorni successivi all'intervento di sostituzione dell'anca: è più alto il rischio di infezioni sistemiche e di ulcere da decubito nei meno abbienti.

Per approfondire

Il sistema di sorveglianza **Passi** offre una serie di dati che mostrano la diversa adesione a controlli e politiche di prevenzione nelle regioni italiane e nei diversi strati sociali (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2953&area=stiliVita&menu=sorveglianza)

La pubblicazione ISTAT **Le dimensioni della salute in Italia** è un repertorio molto ricco di dati sui determinanti sociali della salute nel nostro Paese, regione per regione (<http://www.istat.it/it/archivio/168191>)

Il libro bianco **L'equità nella salute in Italia** (Franco Angeli, 2014) è un repertorio aggiornato di dati sulle disuguaglianze di salute in Italia e delle relative politiche. Nel sito <http://www.disuguaglianzedisalute.it> si trova una sintesi completa del libro, oltre ad altri contenuti interessanti.

Il **Nuovo sistema informativo sanitario** del Ministero della salute contiene set di dati sulle prestazioni sanitarie in Italia (<http://www.nsis.salute.gov.it>).

Epicentro è il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica (<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/aggiornamenti.asp>) ed è una delle risorse più preziose per conoscere dati e notizie sulla salute pubblica in Italia. Vi sono sezioni dedicate a malattie croniche,

salute mentale, stili di vita, ambiente e salute. Molte informazioni, per esempio, sono dedicate alla salute dei migranti (<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/aggiornamenti.asp>).

Da sapere

Per misurare lo svantaggio sociale esiste in Italia l'**indicatore sintetico di deprivazione**. A partire da una pluralità di indicatori semplici, riferiti a diverse dimensioni del disagio economico, l'indicatore sintetico fornisce un'utile indicazione sulla diffusione di alcune difficoltà del vivere quotidiano e rappresenta un complemento all'analisi condotta in termini di povertà monetaria. Come altre dimensioni del disagio, anche la deprivazione mostra una forte associazione con il territorio, la struttura familiare, il livello di istruzione e la partecipazione al mercato del lavoro.

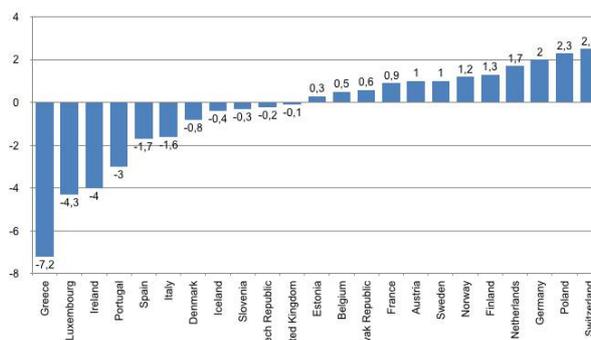
Sul sito ISTAT c'è una visualizzazione della deprivazione nelle diverse regioni italiane

http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1%5Buid_categoria%5D=17&L=0&cHash=17b2e3787e76183f3ab799eebe21d4c4

La salute durante la crisi economica

L'Italia non sfugge alle conseguenze della crisi economica. Si vedano a tale proposito i dati sulla povertà in Italia rilasciati recentemente dall'ISTAT, con un tasso di rischio povertà ed esclusione sociale che riguarda il 28,4% degli italiani. Molti sono gli studi europei che cominciano a mostrare i primi segni di un **peggioramento nelle condizioni di salute a partire dal 2007 a oggi**, vuoi per la crescente disoccupazione e impoverimento, vuoi per la politica di austerità che ha inferito sui sistemi sanitari di alcuni paesi come la Grecia, dove hanno dovuto razionare anche medicinali salvavita. In questo quadro, la buona notizia è che secondo i [dati ISTAT 2005-2013 in Italia questo peggioramento della salute da crisi non si è ancora manifestato, se non per la salute mentale](#). Difficile dare una spiegazione: un'ipotesi è che l'Italia sarebbe in ritardo nella diffusione di tre importanti curve epidemiche pericolose per la salute dei poveri, quella del fumo tra le donne povere e del Sud, quella della diffusione di abitudini alimentari scorrette tra i poveri, e quella della crescita delle famiglie mono-genitoriali con figli dipendenti tra le donne povere; l'altra possibile spiegazione vede nel sistema sanitario universalistico del nostro Paese una risorsa diffusa che è riuscita finora a temperare gli effetti delle disuguaglianze e della crisi sulla salute della popolazione. Ma la protezione non è garantita per sempre. Per questo preoccupano i **tagli alla sanità in Italia**. Con meno del 7% del PIL all'anno l'Italia investe relativamente poco in salute; ma soprattutto investe proporzionalmente sempre meno rispetto agli altri. Se la media dei paesi OCSE infatti ha rallentato la crescita degli investimenti in sanità, l'Italia è andata sotto zero sia nel 2008 sia nel 2012 e nel 2013.

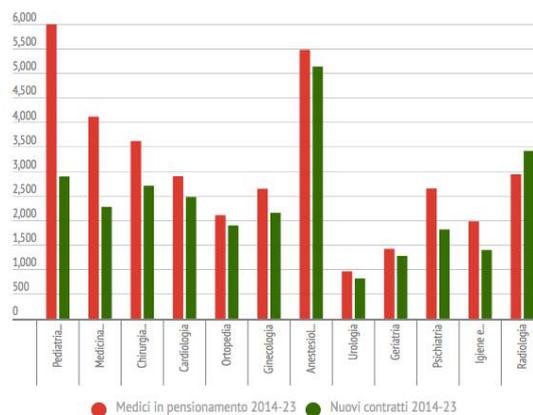
Crescita % della spesa sanitaria 2009-2013



Su % spesa su PIL, anni 2009-2013 Health at a Glance 2015 - OECD

La spesa per la **prevenzione**, in realtà molto bassa in quasi tutti i paesi europei, in Italia non supera il 3,5%, ben lontano dall'obiettivo, che pare irraggiungibile, del 5% della spesa complessiva per la sanità. Secondo molti osservatori la prevenzione dovrebbe essere la prima leva per ridurre le disuguaglianze di salute nella popolazione e contrastare al meglio gli effetti della recessione. Investimenti adeguati nelle strutture della prevenzione a garanzia, per esempio, di una uniforme copertura vaccinale e offerta di screening sono di primaria importanza proprio per non approfondire le differenze di salute fra strati sociali e parti del Paese. Anche il numero dei **medici è in calo**: ne escono dal sistema più di quanti ne entrino.

Stima del gap al 2023 tra medici specialisti in pensionamento e nuovi contratti

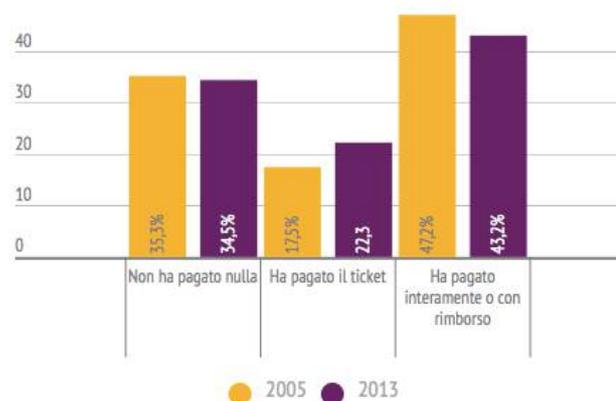


● Medici in pensionamento 2014-23 ● Nuovi contratti 2014-23

Source: ANAIO-ASSOMED

Un effetto della recessione, oltre alla disoccupazione, è la considerevole riduzione di potere d'acquisto dei più indigenti ma anche del ceto medio, che comincia a risparmiare anche sulla sanità. Lo mostrano i dati dell'ISTAT sulle **visite specialistiche**, per esempio. Gli italiani si fanno visitare sempre, più o meno, con la stessa frequenza, ma sono meno disposti a spendere in visite private. Tuttavia dal 2005 al 2013 si rivela più difficile anche farsi visitare gratuitamente, mentre aumentano i pagamenti dei ticket.

Quanto hanno pagato gli italiani per l'ultima visita specialistica



Source: Istat

Rivelatrice è la situazione a Roma dell'ambulatorio pubblico dell'Istituto nazionale salute migrazioni e povertà ([INMP](#)), situato nella struttura dell'ospedale San Gallicano in Trastevere. Ci si aspetta che visitino più immigrati. Ma dal 2008 al 2013 gli italiani di ogni classe sociale che si fanno visitare dagli ambulatori di Trastevere sono passati dal 6% al 40%, fra cui molti diplomati e laureati.

In anni magri si taglia il non necessario. La prima a risentirne è la **salute dei denti**: dal 2005 a oggi le visite odontoiatriche sono scese di un terzo, e un calo costante mostrano anche le visite specialistiche più care, con una parcella superiore ai 200 euro.

Crisi e salute mentale. Un segnale che le sonde dell'ISTAT colgono già con chiarezza è il disagio psichico, quello sì in forte aumento negli ultimi anni. “Nella popolazione si stima che i depressi siano circa 2,6 milioni (4,4%), con prevalenza doppia tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età; nella popolazione anziana ne soffre almeno una persona su 10 e tra le donne ultraottantenni la quota supera il 15%” spiega l'ISTAT.

Analogamente ad altri paesi europei, in Italia i **suicidi** per cause economiche (una parte minoritaria dei suicidi) è diminuita prima del 2008, per poi invertire rapidamente la tendenza all'insorgenza della crisi finanziaria, come ha mostrato l'epidemiologo Roberto de Vogli. Parliamo soprattutto dei suicidi per cause lavorative, fra i disoccupati, ma soprattutto nel Nord Est fra gli imprenditori portati dalla crisi sull'orlo del fallimento ([leggi qui](#)).

Fra i diversi indicatori presi in considerazione, è interessante notare l'andamento del “benessere percepito” dagli italiani e del suo variare a seconda del titolo di studio. Se il sondaggio ISTAT dice che in media l'8% degli italiani sopra i 25 anni dichiara di sentirsi “molto male”, tra i laureati questa percentuale scende al 3,3%, mentre tra chi ha un titolo di studio basso si sfiora addirittura il 20%, uno su cinque.

Il grafico mostra inoltre un altro aspetto: la differenza di genere, che va a sommarsi al divario culturale e geografico. Sono le donne a dire di stare peggio, in particolare le donne del Sud, dove la quota di sofferenti supera il 10%, con la differenza che rispetto agli uomini, per le donne il fattore disoccupazione gioca un ruolo molto meno importante. Una soglia, quella del 10%, mai superata dagli uomini, nemmeno al Sud, mentre al Nord si sta sotto al 5%.

La salute dei migranti

Si pensa che i migranti portino nel paese d'arrivo malattie come la tubercolosi, insidiando la salute degli "autoctoni". Ma è davvero così? Gli studi condotti in Italia dall'**Istituto nazionale salute migrazioni povertà** (INMP) smentiscono questo luogo comune. Lo raccontano i dati recentemente pubblicati nel [report Osserva Salute 2014](#), e lo confermano anche i risultati delle attività assistenziali condotte sui profughi che arrivano a Lampedusa o transitano nelle nostre città, la maggior parte dei quali soffre semmai di malattie come la scabbia.

A quanto pare le condizioni sanitarie di chi migra verso l'Europa peggiorano dal momento dell'arrivo, per le condizioni difficili in cui è avvenuto il viaggio e le condizioni precarie della permanenza (spesso in clandestinità) nella terra ospite. Chi decide di partire per un'avventura simile, spesso è in realtà più sano della media e ha una speranza di vita maggiore della popolazione locale. Secondo i dati riportati dal Ministero della salute infatti, negli ultimi 15 anni il numero di casi di tubercolosi è rimasto invariato, circa 4.500 segnalazioni annue, con un aumento degli stranieri colpiti dovuto al maggior numero di arrivi.

Secondo i [dati](#) della sorveglianza sindromica effettuata tra maggio 2011 e giugno 2013 dall'Istituto superiore di sanità su oltre 5.000 persone ospitate presso centri di accoglienza si sarebbero evidenziate solo 20 allerte statistiche: fra le quali, 8 infestazioni, 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare. In ogni caso lo studio non ha messo in evidenza *cluster* epidemici, a eccezione di 3 allarmi statistici rilevati nei mesi di novembre 2012, dicembre 2012 e giugno 2013 per la sindrome "infestazione" che altro non erano che focolai di scabbia.

E lo stesso vale anche per i migranti "irregolari", che dall'Italia intendono proseguire il viaggio verso altri paesi europei.

I [risultati](#) di una rilevazione epidemiologica condotta a Roma nel 2014 nell'ambito di un piano di assistenza sanitaria messo in atto dall'INMP e dalla ASL Roma B, lo confermano. Alla luce delle 3.870 visite effettuate nel 2014 nei tre insediamenti romani esaminati, si sono rilevate prevalentemente malattie dermatologiche di tipo infettivo quali scabbia, foruncolosi e impetigine. Al secondo posto figurano le malattie a carico del sistema respiratorio, per la maggior parte infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, seguite dalle patologie a carico dell'apparato digerente - principalmente diarrea, dolori addominali - odontalgia e piroso retrosternale. Solo lo 0,5% della casistica totale riguardava malattie infettive sistemiche, per un totale di 20 casi su 3.870, fra cui 7 persone con sospetta tubercolosi, poi rivelatisi tutti negativi, 8 casi sospetti di malaria e 5 di varicella.

Vedi il grafico interattivo: https://infogr.am/infezioni_invisibili

Secondo uno [studio](#) pubblicato dall'Università Ca' Foscari di Venezia in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità, gli immigrati residenti in Italia dal 2002 a oggi ricorrono meno a ospedalizzazione rispetto agli italiani, indulgono meno degli italiani in fumo e alcol, sono meno obesi e fanno più attività fisica.

Vedi qui il grafico interattivo: https://infogr.am/fattori_di_rischio

E' però vero che fra gli immigrati c'è un minor ricorso alla prevenzione, dalla mammografia, al Pap test allo screening colon-rettale. Secondo il rapporto, questo dipende anche dal fatto che i nuovi arrivati non ricevono con regolarità la lettera di convocazione per il controllo, come se fossero fuori dal sistema.

Vedi il grafico interattivo: <https://infogr.am/prevenzione-71>

tratto da scienzainrete: Cristina da Rold, "Migrazione e salute, oltre i luoghi comuni"

<http://www.scienzainrete.it/contenuto/articolo/cristina-da-rolld/migrazione-e-salute-oltre-luoghi-comuni/giugno-2015>

Per approfondire

L'**Istituto nazionale salute migrazioni povertà (INMP)** è il centro del Ministero della salute che in Italia si occupa di povertà e migrazione. <http://www.inmp.it>

L'**Organizzazione mondiale della Sanità - Europa** ha una pagina molto utile e informativa sullo stato di salute dei migranti. L'Unità operativa ha sede nell'Ufficio di Venezia dell'OMS.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health>

Il **Rapporto annuale di OsservaSalute** è una fonte importante sui dati socio-sanitari. L'edizione 2014 parla anche dei migranti. <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>

Da sapere

Sorveglianza sindromica: I sistemi di sorveglianza delle malattie sono classicamente basati sulla segnalazione di informazioni che riguardano pazienti con diagnosi definite (per esempio varicella, gastroenterite da salmonella, tubercolosi). Per molte malattie, però, la diagnosi clinica presenta margini di incertezza o avviene a distanza di tempo rispetto all'esordio di sintomi poco specifici perché comuni a diverse patologie. Un sistema di sorveglianza sindromica può essere attuato per un periodo limitato di tempo in cui vi è uno straordinario afflusso di persone in un'area geografica limitata (come la sorveglianza sulla popolazione immigrata, avviata nel 2011 in seguito all'aumentato flusso migratorio conseguente la crisi politica del Mediterraneo meridionale)

tratto da Epicentro: <http://www.epicentro.iss.it/focus/sorveglianza/sorveglianza.asp>

Le politiche dell'equità

Le **disuguaglianze di salute** sono **ingiuste** e in buona parte **evitabili**. Questa è la prima ragione per cui la politica dovrebbe occuparsene. Inoltre esse - come ha sottolineato il libro bianco *L'equità nella salute in Italia* - sono anche **inefficienti per il paese**, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico. Esse infatti determinano l'uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale, con un impatto complessivo stimato intorno al 10% del PIL. Secondo tali stime, il costo attribuibile alle disuguaglianze di salute inciderebbe per il 15% sui costi complessivi del sistema di sicurezza sociale e per il 20% sui costi del sistema sanitario. Se si potesse intervenire sui meccanismi che generano queste disuguaglianze fino a eliminarle si potrebbero ottenere notevoli miglioramenti di salute, con riduzioni della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi.

Se confrontata con il resto d'Europa, l'**Italia** si difende ma non eccelle. Secondo l'Euro Global Burden of Disease, che ha fatto il punto sulle **politiche di contrasto messe in campo dai Paesi dell'Unione Europea**, l'Italia si trova a metà classifica. Più avanti nelle politiche dell'equità sono Belgio, Danimarca, Olanda, Francia, Germania e Spagna e meglio ancora i paesi nordici come Regno Unito, Svezia, Finlandia, Danimarca, Norvegia, ma anche l'Irlanda.

In realtà anche in Italia qualcosa è stato fatto negli ultimi anni: dal nuovo Piano nazionale di prevenzione del Ministero della salute (che cita espressamente le disuguaglianze di salute), alla creazione dell'**Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP)**. Ma limitarsi alla sanità non basta. Come recita il programma **Salute 2020 (Health 2020)** promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità, un'attenzione alla **salute deve entrare in tutte le politiche**. In particolare quelle del lavoro e del welfare, che più possono fare contro le disuguaglianze. Ma anche l'istruzione, abbassando per esempio le barriere economiche e sociali di entrata all'università (l'Italia ha una percentuale di laureati che è la metà rispetto a tedeschi e francesi), o facendo educazione sanitaria a tappeto nelle scuole dell'obbligo, come in Toscana ([leggi qui](#)). E imponendo infine a ogni nuovo provvedimento di legge un "equity audit" per accertarsi che non si vadano in realtà ad approfondire le differenze sociali e di salute.

L'impegno dell'Europa

L'Europa ha fatto da anni delle disuguaglianze di salute una priorità politica, almeno a parole. Già la strategia di Lisbona del 2000 citava la riduzione delle disuguaglianze fra i suoi obiettivi per realizzare una società più inclusiva e giusta.

Nel 2005, con la presidenza della Gran Bretagna, la riduzione del divario di salute dentro e fra gli Stati dell'Unione diventò una missione centrale della presidenza. Un primo rapporto, commissionato a Johan Mackenbach (Mackenbach J, "Health inequalities: Europe in profile", Department of Health, United Kingdom, 2006 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf) evidenziava - fra l'altro - una marcata disuguaglianza di salute fra le persone con diversi livelli educativi. E concludeva: "A giudizio di molti, le attuali disuguaglianze socio economiche di salute sono inaccettabili e rappresentano una delle sfide più importanti che devono affrontare i paesi europei".

Nel 2009, dopo il primo fondamentale rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità "Closing the gap in a generation" (*Closing the gap in a generation — Health equity through action on the social determinants of health*, final report della World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health, 2008 http://www.who.int/social_determinants/en), viene approvata dalla Commissione europea una Comunicazione sulle disuguaglianze sociali: "Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU" (Commission Communication *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com_2009_en.pdf).

Nel 2010 viene pubblicato *Fair society health lives*, rapporto finale della revisione affidata dal Ministero della salute britannico a Michael Marmot, che sintetizza lo stato di conoscenza sulle disuguaglianze di salute, e che elenca sei raccomandazioni di policy per ridurre le disuguaglianze di salute:

- dare a ogni bambino la partenza migliore nella vita;
- consentire a tutti i bambini, giovani e adulti, di realizzare al massimo le loro capacità e di avere un controllo sulla loro vita;
- creare un giusto impiego e un buon lavoro per tutti;
- assicurare standard salutarci di vita per tutti;
- creare e sviluppare luoghi e comunità salubri e sostenibili;
- rafforzare il ruolo e l'impatto della prevenzione delle malattie

Nel 2013 la Commissione Europea pubblica *Health inequalities in the EU* (http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf), che rappresenta la fonte principale di dati a oggi disponibile sui 28 Paesi dell'Unione. Il Rapporto aggiorna sulle disuguaglianze di salute entro e fra gli stati dell'UE. Rispetto al passato, alcune disparità si sono ridotte, altre invece si sono approfondite. Nelle conclusioni, la Commissione europea osserva che la crisi rischia di approfondire le disuguaglianze e di indebolire i sistemi di protezione sociale e sanitaria necessari per contrastare il fenomeno. Persiste l'incomprensione da parte di molti governi europei sulla natura pervasiva delle disuguaglianze di salute, cosa che spinge a focalizzare l'azione solo sulle popolazioni più vulnerabili e la povertà estrema, e non sull'intero gradiente sociale. Il Rapporto europeo raccomanda: strategie chiare di contrasto delle disuguaglianze di salute che vedano la leadership della Commissione europea; un'azione di governo complessiva e non limitata alla sola sanità; la disponibilità di dati scientifici che indichino le giuste priorità e piani di azione adeguati; un monitoraggio delle politiche che consenta la valutazione e la successiva correzione. **Nel 2013** viene pubblicata anche un'altra revisione a livello europeo dell'OMS (*European Review of the Social Determinants of Health and the Health Divide*, 2013).

Quali politiche adottare per promuovere l'equità nella salute?

Le azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute non devono coinvolgere solo la sanità ma tutti i settori di governo.

In **sanità** i principali interventi suggeriti sono:

Prevenzione: offrire gli interventi rivolti agli stili di vita e gli **screening** (mammella, colon-retto, Pap test) in modo attivo e personalizzato ai ceti più svantaggiati che di solito mostrano una scarsa adesione.

Le modalità di intervento che riguardano gli **stili di vita** di gruppi a rischio sono diverse. In particolare gli interventi "ambientali" risultano più protettivi per i gruppi più vulnerabili; per esempio, il divieto di fumo nei locali pubblici introdotto a gennaio 2005 ha causato una riduzione dell'11,2% degli eventi coronarici per il gruppo d'età 35-64 e del 7,9% per la fascia 65-74 anni. La maggiore riduzione è stata rilevata per i giovani di basso status socioeconomico.

Assistenza specialistica: migliorare l'equità di **accesso** all'assistenza specialistica, per la quale si evidenziano deficit di utilizzo da parte di chi occupa una bassa posizione sociale (istruzione e status).

Finanziamento dell'assistenza sanitaria: garantire una **copertura sanitaria veramente universale**, aumentando l'offerta gratuita delle cure. Negli ultimi anni infatti si registra il fenomeno dell'abbandono delle cure (intorno all'8%) per motivi economici, in particolare le spese odontoiatriche, oculistiche e quelle dei farmaci.

Nei settori **non sanitari**:

Scuola: la scuola può dare un grande contributo alla riduzione delle disuguaglianze, con programmi rivolti al **benessere mentale**, la **corretta alimentazione**, l'**attività fisica**. Riguardo al **consumo di droga**, gli interventi di prevenzione condotti nella scuola sono in grado di ritardare e di ridurre l'uso di sostanze stupefacenti. Gli interventi più importanti riguardano i servizi dedicati all'infanzia, periodo nel quale si forma il nostro capitale di salute.

Mercato del lavoro: programmi ad hoc per ridurre la disoccupazione all'interno di particolari gruppi sociali si sono rivelati strategici per ridurre le disuguaglianze. Altre misure importanti per la salute dei lavoratori sono il **reddito minimo garantito**, uno dei fondamenti del welfare europeo e ancora assente in Italia.

Ambiente di lavoro: interventi possono riguardare l'**ambiente fisico** (ergonomia, rumore, temperatura), le **mansioni** (carichi di lavoro, divisione, autonomia, lavoro di gruppo) e le **relazioni sociali** (comunicazione aziendale, supporto sociale).

Protezione sociale: misure preventive come i **sussidi contro la povertà** incidono sul sistema economico meno di quelle successive di carattere sanitario, necessarie in assenza delle prime. Ad avere una maggiore necessità di partecipare ai sistemi di protezione sociale sono i gruppi a maggior rischio di esclusione (fra cui gli immigrati).

Accesso ai servizi: servizi orientati a non accrescere le disuguaglianze devono sviluppare particolare attenzione verso i lavoratori a basso reddito, le persone che vivono da sole, coloro che non possono permettersi una casa e che hanno un livello basso di istruzione e di reddito.

Ambiente urbano: operazioni di trasformazione urbana volta ad aumentare l'offerta di **percorsi pedonali e ciclabilità**, con un'alta offerta di servizi, facilitano le scelte di salute. Gli **spazi verdi** influiscono sulla salute mentale e fisica e sul benessere. La cura del decoro urbano diminuisce l'incidenza di microcriminalità.

tà. La presenza di servizi di prossimità – negozi, librerie, scuole – fornisce l'opportunità di integrazione sociale e aiuta a promuovere benessere e salute mentale.

Per approfondire

Il **Piano nazionale di prevenzione 2014-2018** del Ministero della Salute contiene per la prima volta un riferimento chiaro ai determinanti sociali di salute e alle relative disuguaglianze:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministro&id=1908

Il libro bianco **L'Equità nella salute in Italia** è la fonte più completa e aggiornata sulle disuguaglianze di salute e sulle politiche dell'equità. Dall'esperienza del libro è nato un sito internet ricco di informazioni (<http://www.disuguaglianzedisalute.it>)

Il **programma PARI**, del Ministero del lavoro ha lo scopo di migliorare le opportunità occupazionali e la partecipazione al mercato del lavoro per soggetti svantaggiati, insieme ad altre iniziative di mitigazione delle disuguaglianze: <http://www.pariopportunita.gov.it>

Il movimento **Città sane**, dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), coinvolge 1.400 città, fra cui molte italiane. Ha lo scopo di stimolare politiche locali a beneficio dell'ambiente, della coesione sociale e dei processi partecipativi. Riserva particolare attenzione a politiche intese a contrastare le disuguaglianze di salute sul territorio

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>

La **Rete delle Regioni per la Salute** (Regions for Health Network) dell'OMS promuove la diffusione e l'implementazione di politiche finalizzate al contrasto delle disuguaglianze di salute, all'assistenza basata sulla persona, alla partecipazione. Fanno parte della rete numerose regioni europee, fra cui, in Italia, il Veneto e la Toscana

<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn>

Leggi italiane che si occupano di disuguaglianze di salute

Il "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", DL 25 luglio 1998 n. 286 (legge Turco-Napolitano), all'articolo 35, garantisce l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale e l'accesso a parità di trattamento con i cittadini italiani alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali.

Il "Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" (DL 9 aprile 2008 n. 81) ha introdotto per la prima volta alcune regolamentazioni volte a ridurre le disuguaglianze di salute dei lavoratori.

Media e disuguaglianze di salute

La consapevolezza delle disuguaglianze di salute nella popolazione è un requisito importante per migliorare le politiche. In questo **i media possono dare un contributo fondamentale**, ma dalle ricerche condotte finora (soprattutto nel mondo anglosassone) la percezione del fenomeno da parte dei media è ancora molto limitata. Nella **stampa britannica, statunitense e canadese** (le sole analizzate finora sotto questo profilo), si affronta il tema delle “health inequalities” soprattutto in articoli sui servizi sanitari e sui diversi siti di salute (mortalità e morbilità) in diversi contesti territoriali.

Il Sistema nazionale britannico dedica molte risorse a misurare i diversi parametri di salute per ogni zona del paese, e ogni qualvolta vengono rilasciati nuovi dati la stampa locale affronta il tema delle differenze geografiche sotto il cappello “**postcode lottery**” (come a dire che la salute dipende dal posto in cui si vive, cioè dal proprio codice postale). Solo raramente i media affrontano altri temi di salute anche attraverso le lenti dell’equità. Quasi mai, per esempio, il tema degli **stili di vita** insalubri (alcol, tabacco, sedentarietà, alimentazione) viene messo in relazione alle differenze sociali e culturali, e di quanto queste siano importanti nello spiegare la maggiore o minore risposta agli interventi di prevenzione. Anche le politiche sanitarie non vengono quasi mai analizzate in questa luce.

Per ovviare a questi limiti dei media sono nate soprattutto nel mondo anglosassone alcune **iniziative formative**. Anche alcune scuole di giornalismo si stanno attrezzando per dare gli strumenti necessari a leggere la realtà sanitaria in chiave di equità e determinanti sociali. Secondo una di queste fonti, vi sono almeno tre motivi che dovrebbe spingere i giornalisti a interessarsi di disuguaglianze:

- una conoscenza più approfondita del contesto socio-culturale che alimenta le disuguaglianze aggiunge nuove sfumature al lavoro giornalistico, e può ispirare nuovi filoni di inchiesta;
- conoscere meglio le disuguaglianze rende il giornalista più abile e sensibile nell’intervistare le persone di diverse estrazioni sociali e provenienze, e di relazionarsi più correttamente a esse;
- il giornalista consapevole delle disuguaglianze può spesso vedere una storia meritevole di essere raccontata dove altri non la vedono; può aggiungere nuove dimensioni; può interpretare più correttamente fenomeni di salute (malattie, mortalità, epidemie) che altrimenti vengono riportati alle sole cause note, come quelle ambientali (contaminazioni, agenti infettivi) o quelle riconducibili a comportamenti individuali (stili di vita).

Una rassegna completa si può trovare a questo link: <http://solutionsjournalism.org/2014/09/10/two-essential-ingredients-in-a-recipe-for-better-journalism/>

Ci sono anche altri motivi di interesse giornalistico delle disuguaglianze:

- gli scienziati stanno facendo scoperte affascinanti sui meccanismi biologici attraverso i quali le disuguaglianze sociali si traducono in malattia e morte prematura. Si veda a questo proposito il capitolo “La biologia dello svantaggio sociale” e in particolare il progetto lifepath <http://www.lifepathproject.eu>
- l’attenzione all’equità nella salute chiarisce che lo stato di salute non è determinato solo dal sistema sanitario locale, bensì da altri fattori meritevoli di essere conosciuti e raccontati. Si veda a proposito <http://healthjournalism.org/core-topic.php?id=6&page=overview>

Con questo nuovo bagaglio di conoscenze, il giornalista può rendere migliore e più avvincente il suo lavoro, ma può anche svolgere un’importante funzione civica: quella di sensibilizzare l’opinione pubblica e i decisori politici sul fatto che “la peggiore malattia è la povertà”. E che la migliore medicina è la sua estirpazione.

Per approfondire

Un tipico esempio di articolo sulla **postcode lottery** nel Regno Unito:

<http://www.telegraph.co.uk/news/health/elder/11872521/Revealed-Shocking-NHS-postcode-lottery-for-elderly-care.html>

Un articolo di **Joseph Stiglitz** sul lavoro del premio Nobel per l’economia 2015 Angus Deaton, e su come le disuguaglianze sociali possono aver determinato l’aumento della mortalità nella classe media negli Stati Uniti: <http://www.theguardian.com/business/2015/dec/08/inequality-is-now-killing-middle-america-joseph-stiglitz>

Fra gli esempi di giornalismo attento alle disparità sociali da segnalare l’articolo del *New York Times*: “*The best and worst places to grow up: How your area compares*”, 4 maggio 2015. L’articolo - che calcola per ogni area degli Stati Uniti la mobilità sociale a partire dall’infanzia - è stato il 25° articolo più letto dell’anno 2015. <http://www.nytimes.com/interactive/2015/05/03/upshot/the-best-and-worst-places-to-grow-up-how-your-area-compares.html>

Sitografia

- **Disuguaglianze di salute** <http://www.disuguaglianzedisalute.it> Il sito è gestito dal Servizio di epidemiologia e dal Centro di documentazione – DoRS della Regione Piemonte su mandato di un progetto interregionale dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP). Suo obiettivo principale è disseminare i risultati del libro bianco “*Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità*” e i suoi aggiornamenti, per stimolare e assistere l'elaborazione di un programma italiano di contrasto alle disuguaglianze da parte dei policy maker.
- **DoRS** Centro regionale di documentazione per la promozione della salute
- **Epicentro** Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute
- **Equity Action** Sito nato dall'azione congiunta dei paesi membri della EU, il cui fine è quello di ridurre le disuguaglianze migliorando le politiche a livello regionale e nazionale
- **EuroHealthNet** Ente no profit il cui fine è quello di costruire comunità più sane e contrastare le disuguaglianze negli Stati Europei.
- **INMP** Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP)
- **Institute of Health Equity** Istituto Inglese per l'equità nella salute nato per diffondere i contenuti della Marmot Review
- **Saluteinternazionale.info**
- **WHO – Ufficio Europeo per gli investimenti in salute e per lo sviluppo, Venezia**